ESSAI

SUR LE CANCER

DE

LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 28 *mars* 1837;

Par PAUL-FRANÇOIS REVERDIT, de Bargemont.
(Var),

Chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

> Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ignis sanat, et quæ ignis non sanat, insanabilia.....
>
> HIPP., *Aph.*

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1837.

M.—1837.—N° 85.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	....
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Suppléant.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Professeur honoraire. — M. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD.
GUILLOT.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE, Suppléant.
MICHON.
MONOD, Examinateur.
REQUIN.
ROBERT.
ROYER-COLLARD.
VIDAL, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON ONCLE J. F.

Mon amour et ma vive reconnaissance.

A MON ONCLE H.

Sincère attachement.

P.-F. REVERDIT.

ESSAI
SUR LE CANCER
DE
LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Les opinions ont pu varier sur la nature du cancer, ses causes et son traitement ; mais toujours on a été d'accord pour désigner par cette expression figurée une lésion de l'économie qui, abandonnée à elle-même, se termine par une ulcération dont les ravages en tous sens détruisent d'une manière plus ou moins rapide tous les tissus environnants.

Souvent bénigne dans son principe, toujours funeste dans ses conséquences, elle a été observée dans presque toutes les parties de l'organisme, et a reçu le nom d'*ostéosarcôme*, des deux mots grecs οστεον, os et σαρκος, chair, quand elle a son siége dans la substance osseuse. En choisissant pour sujet de ma dissertation les cas où cette dernière forme attaque l'os maxillaire inférieur, je crois devoir me borner aux spécialités que présentent ses causes, symptômes, marche, terminaisons, lésions anatomiques, diagnostic, pronostic et traitement, sans entrer dans aucune des généralités du cancer.

Causes.

On peut distinguer deux espèces de causes du cancer ou ostéosarcôme de la mâchoire inférieure : les unes *individuelles* et les autres *extra-individuelles*, suivant qu'elles sont inhérentes ou étrangères à l'individu.

1° *Causes individuelles.* — Parmi les causes individuelles, la prédis-

position organique, nommée *diathèse* par les uns, attribuée à un virus particulier par les autres, l'*hérédité* fortement contestée et la *contagion* à peu près généralement niée, forment autant de questions générales en dehors de mon sujet; qu'il me suffise de les indiquer.

Si l'âge adulte et la vieillesse semblent plus disposés que l'enfance et l'adolescence à l'ostéosarcôme de l'os maxillaire inférieur, on doit l'attribuer à la diminution de la vitalité dans la trame organique de l'os, à mesure qu'on avance en âge; et si l'homme en est plus souvent atteint que la femme, c'est qu'il est plus exposé aux violences extérieures. Quant aux tempéraments, on a dit que le tempérament nervoso-sanguin y était plus prédisposé que tout autre, sans en donner la raison.

Les chagrins, les passions tristes, la répercussion d'une affection dartreuse, rhumatismale, psorique, la suppression d'une hémorrhagie périodique, d'un exutoire ancien, d'une sécrétion quelconque habituelle, etc., ont été considérés comme causes possibles du cancer en général, et peuvent par conséquent le devenir de celui qui a son siége dans la mâchoire inférieure.

Enfin les odontalgies fréquentes, les fluxions répetées, la carie des dents, etc., sont susceptibles d'être causes ou effets de cette même affection.

2° *Causes extra-individuelles.* — Les causes étrangères à l'individu comprennent toutes les violences externes produites par des agents physiques ou chimiques. Ainsi, les coups, les chutes sur la mâchoire inférieure, les gerçures des lèvres, résultant souvent de l'action du froid, des coupures de rasoir, du frottement de la pipe chez les fumeurs, de la pression des instruments à vent chez les musiciens; la rupture et l'évulsion des dents; les brûlures par les caustiques ou le feu, etc., sont autant de causes qui ont donné lieu d'une manière primitive ou consécutive à la dégénérescence cancéreuse de l'os maxillaire inférieur.

Symptômes, marche et terminaisons.

La mâchoire inférieure peut être envahie par l'affection cancéreuse de deux manières différentes. Tantôt le mal prend naissance dans le tissu même de l'os, tantôt au contraire il lui vient par extension, de proche en proche, des parties molles voisines, où il a débuté le plus fréquemment dans la lèvre inférieure.

Dans le premier cas, à la suite d'une cause irritante quelconque souvent aussi inappréciable, par exemple, que celle de certaines pneumonies, des douleurs sourdes d'abord, puis vives, aiguës, lancinantes, traversant, comme on dit, la partie avec la rapidité de l'étincelle électrique, se font ressentir dans un des points de l'os maxillaire inférieur. Au bout d'un temps plus ou moins long, une légère tuméfaction de l'os, qui dans quelques cas rares les précède, se manifeste à l'extérieur, augmente graduellement, et contracte des adhérences avec le tissu cellulaire, les muscles et les téguments, qui peu à peu s'irritent, s'enflamment et participent à la dégénérescence. On a alors une tumeur dure, bosselée, indolore à la pression, gênant les mouvements de la mâchoire et de la langue, pouvant ébranler les dents et déterminer leur chute, ou comprimant, suivant sa position, le larynx et l'œsophage, au point de donner lieu à des accidents de suffocation et à une difficulté souvent très-grande dans l'acte de la déglutition. Cependant elle finit par se ramollir en certains points; la peau se gerce, s'ulcère, et un liquide sanieux, purulent, ou des végétations fongueuses, s'échappent par des espèces de crevasses qui ne tardent pas à s'agrandir, se confondre, et former une vaste ulcération.

Dans la seconde forme de l'ostéosarcôme maxillaire, une tumeur se développe au voisinage de l'os; d'abord mobile, elle adhère ensuite au périoste qu'elle convertit, ainsi que le tissu osseux sous-jacent, en substance cancéreuse, dénature de même la peau ou la muqueuse dont elle est recouverte se ramollit, s'ouvre au dehors, et devient le siége d'un ulcère plus ou moins étendu.

Dans d'autres cas, un petit bouton, une verrue, un tubercule, une simple érosion de la lèvre ou des autres parties molles du voisinage, se convertissent en un véritable ulcère carcinomateux, *noli me tangere* ou autre, qui, étendant ses ravages en profondeur et en largeur, atteint de proche en proche le périoste et l'os sous-jacent, et cela avec d'autant plus de rapidité que toutes ces parties sont pourvues de beaucoup de capillaires sanguins et lymphatiques dont la double irritation active singulièrement les progrès de l'ulcération rongeante. L'os se convertit donc encore, dans ces deux derniers cas, et par un travail de dehors en dedans, en un tissu cancéreux, base d'une ulcération d'aspect peu variable, quelle que soit son origine.

Toujours, en effet, cet ulcère cancéreux offre une surface inégale à fond grisâtre ou d'un rose pâle et blafard, couverte ou non de fongosités celluleuses ou vasculaires qui se flétrissent, se gangrènent, et tombent pour être remplacées par d'autres destinées au même sort. Un pus sanieux, âcre et fétide, contenant, d'après des recherches récentes, de notables proportions d'ammoniaque, s'en écoule continuellement. Il est mêlé quelquefois à de petites hémorrhagies dues à l'érosion des vaisseaux capillaires, artériels ou veineux. Ses bords sont durs, épais, inégaux et renversés, à cause de l'inégale résistance opposée par les éléments de la peau à l'altération cancéreuse, dont les ravages continus ne cessent d'être accompagnés de douleurs d'autant plus atroces que cette région est fournie d'un plus grand nombre de filets nerveux.

La dégénérescence de la mâchoire inférieure n'arrive pas cependant à ce degré avancé sans avoir influé d'une manière fâcheuse sur l'économie tout entière : la langue s'engorge, se tuméfie et peut devenir une autre cause de suffocation; la peau des joues et des régions parotidiennes et sous-maxillaires devient bleuâtre, d'un rouge livide, et le siége d'un gonflement inflammatoire et d'un endurcissement prononcés; les ganglions lymphatiques du cou et de l'aisselle s'indurent, se ramollissent et s'ulcèrent; le sommeil est troublé par la violence des douleurs qui s'irradient le long des filets nerveux vers la nuque, le dos

et les membres supérieurs; la céphalalgie est intense; le teint prend une nuance jaune-paille ou plombée; la peau se flétrit; le pouls devient petit, fréquent, irrégulier; les digestions souvent privées de la salive, qui s'écoule au dehors par l'échancrure buccale, sont imparfaites; le dévoiement survient, et une toux sèche et fatigante, des imminences de suffocations, des accès fébriles sans sueurs, des palpitations, l'œdème des membres inférieurs, le marasme et la mort, complètent cet ensemble de phènomènes généraux, auquel on a donné le nom de *cachexie cancéreuse.* Il est le résultat de la réaction sympathique du travail local sur les principaux viscères, et de l'influence délétère sur tout l'organisme du liquide sanieux pompé par les vaisseaux absorbants.

Ces symptômes, suivant la sensibilité des individus, se manifestent à des époques différentes de la maladie. En général, quand le mal a débuté par le tissu osseux, sa marche est bien plus rapide, ses phénomènes généraux précèdent souvent l'apparition de la tumeur, et quelquefois la mort arrive avant la formation de l'ulcère.

On voit d'après cela combien est toujours funeste la terminaison de l'ostéo-sarcôme maxillaire abandonné à lui-même. Je ne sache pas que la gangrène spontanée ou provoquée ait jamais amené une guérison, comme on en a eu quelques rares exemples sur d'autres organes. Tout au plus si l'on pourrait la concevoir pour un cancer enkysté, mobile et développé dans les parties molles voisines. C'est en dehors de mon sujet.

Anatomie pathologique.

Les altérations rencontrées après la mort ou l'extirpation dans le tissu de l'os maxillaire inférieur et ses dépendances, varient aux diverses époques de la maladie cancéreuse. Y avait-il simplement une tumeur à l'état de crudité. Elle est formée dans le principe d'un tissu dur, lardacé, criant sous le scalpel (squirre), et laissant quelquefois suinter des gouttelettes oléagineuses par les divers points des surfaces incisées (encéphaloïde à l'état de crudité). Dans une période plus avancée, la partie centrale est molle, tremblotante (squirre ramolli),

analogue à de la colle (colloïde), de couleur noirâtre (mélanose), ou ressemblant à la substance du cerveau (encéphaloïde ramollie). Dans ce dernier cas, elle est toujours pourvue de vaisseaux artériels d'après M. Bérard, veineux et artériels selon M. Cruveilhier; aussi est-elle souvent mêlée à du sang qui s'y est épanché par une véritable apoplexie.

Ces diverses formes de dégénérescences existent rarement ensemble, et quand le mal a débuté par le tissu de l'os maxillaire inférieur, les formes ramollies sont peu fréquentes.

Cependant, s'il y a ulcération et si elle à succédé à l'altération de l'os, les végétations de sa surface reposent sur une couche *encéphaloïde ramollie*, étendue au-dessus d'un tissu endurci qui lui fournit quelquefois des pertuis où elle semble s'insinuer.

Quand, au contraire, l'ulcération a commencé par les parties molles, son fond se compose d'une lame *squirreuse* unie à la substance osseuse par des prolongements plus ou moins profonds. Dans tous ces cas, le tissu osseux a disparu, et ses premières traces se manifestent par des inégalités friables qui séparent les portions désorganisées de celles qui sont le siége seulement de l'engorgement sub-inflammatoire.

Les parties molles voisines offrent successivement, du centre à la circonférence, des traces de dégénérescence, d'inflammation, de sub-inflammation, et d'engorgement œdémateux, avec décoloration des muscles, entre lesquels souvent existent des portions de tissu cellulaire dégénéré; fréquemment aussi l'on rencontre au milieu de tissus sains les glandes sous-maxillaires et sub-linguales à l'état squirreux.

Les principaux viscères des cavités splanchniques présentent, dans certains cas, des dégénérescences analogues sur leurs surfaces, ou dans leur parenchyme. Les poumons en sont le plus souvent le siége; ce qui pourrait bien être dû, en partie, à l'absorption continuelle, par l'acte de la respiration, des miasmes putrides et délétères qui se dégagent de la surface ulcérée.

On a écrit, et souvent observé, que les os à la suite des cancers anciens devenaient très-friables, à cause de la prédominance des sels calcaires. Bayle affirme qu'ils ne sont pas plus fragiles qu'à la suite

d'autres maladies. Une autopsie que j'ai eu occasion de faire, il n'y a pas longtemps, au Val-de-Grâce, après la mort occasionnée par un cancer de l'os maxillaire inférieur, existant depuis deux ans chez un vieillard, confirme l'opinion de cet auteur.

Diagnostic.

D'après ce qui précède, le diagnostic d'une tumeur sarcomateuse, ou d'un ulcère cancéreux siégeant dans le tissu de la mâchoire inférieure, n'est pas difficile à établir. Le mode de développement, et les caractères physiques de la tumeur; l'adhérence, et souvent un commencement d'altération des téguments; l'aspect de la surface altérée, la disposition de ses bords; la couleur des parties voisines, et enfin la nature des douleurs dont sont le siége et la tumeur et l'ulcère, sont autant de signes auxquels on ne saurait méconnaître une affection cancéreuse.

Mais ces signes ne sont pas toujours bien tranchés; souvent plusieurs manquent, ou sont très-obscurs, surtout dans le principe, alors que les moyens à opposer offriraient le plus de chances de succès; aussi exigent-ils une attention particulière, et celà avec d'autant plus de raison que diverses affections étrangères au cancer de la mâchoire peuvent faire prendre le change. Certaines formes de la syphilis sont susceptibles d'induire en erreur, si l'on ne s'enquiert pas, avec minutie, des antécédents, de la coexistence de certains symptômes, de la nature et du caractère des douleurs ressenties. Des tumeurs fibreuses peuvent être prises pour des squirres, mais elles se développent sans douleur, sont mobiles et unies à leur surface, et donnent à la pression des doigts la sensation d'une dureté moindre et plus élastique que celle du squirre.

Le spina-ventosa, qui a le plus de rapport avec l'ostéo-sarcôme et n'est du reste que le développement fongueux et cancéreux de la membrane médullaire, se montre rarement dans l'os maxillaire. Il peut

sans danger du reste être confondu avec la maladie qui nous occupe, exigeant les mêmes moyens thérapentiques.

Je ne parlerai pas des abcès, kystes, loupes graisseuses, méliceriques ou autres nées au voisinage de l'os, et qu'un examen inattentif pourrait seul faire confondre avec la tumeur sarcomateuse.

Pronostic.

La gravité de l'affection cancéreuse acquiert un degré de plus en attaquant l'os maxillaire inférieur et les parties molles qui l'entourent. La part que prennent aux fonctions de la cavité buccale cet organe et ses dépendances est plus ou moins enrayée. Le voisinage du cerveau, et le grand nombre de filets nerveux et de vaisseaux vasculaires dont sont pourvus les téguments et les autres parties molles de la face, sont autant de conditions qui rendent les douleurs plus vives, accélèrent les progrès du mal, hâtent l'effet des réactions sympathiques, et amènent promptement la cachexie, le marasme et la mort.

D'autres causes indépendantes de l'organe peuvent encore aggraver le pronostic : ainsi l'âge avancé ou la susceptibilité nerveuse des malades; l'ancienneté de la maladie, son étendue, son état de récidive ; l'induration des tissus et des ganglions lymphatiques voisins; le teint jaune-paille de la face, le trouble des diverses fonctions et un état d'amaigrissement général, dminuent de beaucoup les chances déjà si faibles de guérison.

Traitement.

Trois indications se présentent dans le traitement du cancer de la mâchoire inférieure.

1° Prévenir son développement ;

2° Arrêter ou ralentir sa marche, ses progrès et son influence sympathique sur l'organisme ;

3° Enfin détruire tous les tissus dégénérés.

1° La première indication avait été à peu près négligée dans tous les temps. C'est à la médecine physiologique et à son illustre chef que

la science est redevable des préceptes à l'aide desquels on peut la remplir.

On évitera d'exciter par des frottements ou des applications irritantes les boutons, indurations et excoriations des lèvres et des parties molles de la face. On surveillera l'état des dents; on calmera les odontalgies, et l'on traitera méthodiquement les fluxions des gencives ou des joues. Si cependant une tumeur ou un ulcère cancéreux se forme sur ces parties, on fera tous ses efforts par des applications adoucissantes, des émissions sanguines locales, les narcotiques, les caustiques, et l'excision pour empêcher sa propagation à l'os maxillaire inférieur. Ces moyens seront secondés par un régime modéré, des boissons délayantes, quelques légers purgatifs et autres médications générales dont j'aurai à parler plus loin.

2° De nombreux remèdes ont été employés pour arrêter ou ralentir les progrès et l'influence générale de la maladie une fois développée ou parvenue dans le tissu même de l'os.

La compression qui a produit d'heureux résultats entre les mains de M. Récamier serait ici peu applicable.

Mais des topiques de toute espèce, le mercure, le plomb, les alcalis, l'iode, les eaux minérales, etc., ont été tour à tour essayés pour amener une résolution, tandis que par l'opium, la jusquiame, la belladone et autres narcotiques prescrits à l'extérieur et à l'intérieur, on tâchait de calmer la violence des douleurs.

Parmi tous les médicaments internes destinés à produire une modification de l'organisme capable d'aider l'action des topiques, la ciguë longtemps vantée avait été abandonnée. M. Gama revenant sur une telle proscription en a réintroduit l'emploi dans la thérapeutique en l'associant au calomel dans les proportions de quatre parties d'extrait sur une de sel pour former des pilules d'un grain, qui sont administrées une matin et soir, en augmentant graduellement jusqu'à ce qu'on a obtenu une purgation ou une salivation assez forte. Dans le cas d'ostéo sarcôme de l'os maxillaire inférieur, la salivation arrive d'autant plus vite que les glandes salivaires sont déjà le siége d'une

congestion et d'une super-sécrétion prononcées. D'heureux résultats ont couronné cette pratique, qui doit être secondée, du reste, par des applications souvent répétées d'un petit nombre de sangsues, l'usage des émollients et narcotiques locaux et généraux et la sévérité du régime. Celle-ci, d'ailleurs, comme dans toute autre médication employée, ne doit pas être poussée aussi loin que le faisait Pouteau, qui réduisait ses malades à l'usage exclusif de l'eau claire, afin, disait-il, d'affamer les absorbants (*curâ famis*) et les obliger à porter leur action sur les tissus dégénérés.

Si, malgré tous ces moyens, la masse squirreuse développée dans l'os continue ses progrès et menace de sulcérer, ou si l'ulcération s'est formée ou est arrivée des parties molles jusqu'à l'os, tout topique irritant doit être soigneusement exclu. Les petites émissions sanguines locales, les fomentations et cataplasmes émollients ou narcotiques, aidés par quelques révulsifs et le régime, seront encore prescrits, mais dans le but seulement de calmer les douleurs, diminuer l'engorgement inflammatoire, et disposer l'organe à la destruction des tissus dégénérés.

3° Deux méthodes sont en usage pour remplir cette dernière indication : la cautérisation et l'ablation par l'instrument tranchant.

1° *Cautérisation.* — La cautérisation convient dans les cas d'ulcération peu étendue et reposant sur une couche mince de tissus dégénérés : elle se fait à l'aide des caustiques ou du fer rouge.

Toutes les substances chimiques, capables par la combinaison de leurs molécules avec celles de nos tissus de réduire ceux-ci en escarre, ont tour à tour été employées dans ce but : la potasse caustique, les préparations arsénicales, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, les trochisques de sels de plomb ou de mercure, et une foule d'autres dont l'usage est abandonné, ont été appliqués de diverses manières sur les tissus altérés.

La potasse préparée à l'alcool et mêlée à partie égale de chaux caustique, me paraît devoir mériter la préférence; son action prompte,

et plus facile à limiter que celle de la potasse ordinaire, ne s'accompagne pas des mêmes dangers que les préparations arsénicales.

Car les poudres de Rousselot ou du frère Côme, même avec la modification de Dupuytren, qui, au lieu d'associer l'arsenic à des substances inertes, l'unissait au calomel, ont produit des effets toxiques qu'on aurait beaucoup plus à redouter ici à cause du voisinage de la cavité buccale.

En parlant des récidives, je dirai quelques mots de l'action du nitrate acide de mercure.

Le nitrate d'argent est assez usité pour modifier l'état d'une surface ulcérée de peu d'étendue.

Quand la couche des tissus dégénérés offre une certaine épaisseur, aucun des caustiques chimiques ne saurait remplacer l'action du fer rouge. On fait alors chauffer un cautère au rouge-blanc, et on l'applique fortement sur la surface ulcérée, en ayant soin de protéger les parties voisines par des compresses ou de la charpie mouillée. On réitère ces applications jusqu'à ce qu'on soit parvenu à détruire toutes les couches altérées.

Une escarre, plus ou moins épaisse, succède à ces cautérisations par le feu ou les caustiques. On la panse avec des émollients : au bout de quelques jours, la suppuration la détache, et, si tout le mal a été détruit, il reste une plaie simple, dont les bourgeons de bonne nature amènent une prompte cicatrisation.

Malheureusement la cautérisation produit souvent un effet tout contraire; le mal, après son application, prend un tel degré d'activité, que des praticiens en ont proscrit complétement l'emploi. Il faut donc en user avec réserve, et se rappeler que si elle convient quelquefois contre le cancer ulcéré, elle est totalement contre-indiquée dans l'ostéo-sarcome à l'état de crudité.

2° *Ablation.* — S'étonnera-t-on quand on voit le peu d'efficacité et le danger de la cautérisation, qu'un grand nombre de praticiens, à l'exemple du célèbre Dupuytren, n'aient point reculé devant l'ablation d'une portion ou de la totalité même de l'os maxillaire inférieur ? Cette opéra-

tion, en effet, ne présente par elle-même aucun danger bien grave.

De tout temps on a observé que les mutilations les plus étendues de la face guérissaient avec une étonnante rapidité.

Pour ne citer qu'un exemple : un militaire eut, au siége de la citadelle d'Anvers, toute la mâchoire inférieure et une portion de la supérieure emportées par un projectile. La moitié inférieur de la face n'était qu'une vaste plaie, où la langue, le larynx, le pharynx et leurs dépendances se trouvaient à nu et presque sans appui. Eh bien, par les soins des chirurgiens d'une ambulance, dont faisait partie, comme aide-major, M. Hippolyte Larrey, qui a eu l'obligeance de me communiquer l'observation, et qui a rapporté du reste deux autres cas de ce genre dans sa relation des blessés de juillet 1830, les lambeaux épars furent rapprochés, et une cicatrice peu régulière, il est vrai, mais solide, ne tarda pas à s'établir. Ce malheureux, à l'aide d'une pièce artificielle, très-ingénieusement construite, a pu recouvrer une grande partie des fonctions buccales, et se promettre une aussi longue existence que ce brave de l'expédition d'Égypte, guéri d'une mutilation non moins étendue par M. Larrey père, et qu'on voit encore plein de vie et de santé avec un menton d'argent à l'hôtel des Invalides.

Ce peu de gravité des blessures de la face s'explique par la texture anatomique de cette région : les vaisseaux y sont peu développés, les nerfs ont un très-petit volume, et l'on n'a pas à craindre les étranglements par les tissus aponévrotiques.

Aussi, le seul obstacle à l'opération ne saurait venir que de la nature, l'étendue ou l'ancienneté du mal : or, toutes les fois qu'un cancer, quelle que soit son ancienneté, n'a pas altéré d'une manière très-notable les principales fonctions de l'économie, son extirpation est praticable et a été de tout temps pratiquée, même par les chirurgiens qui lui paraissaient les plus opposés; car toutes les discussions là-dessus ont abouti à confirmer cette vérité : *la récidive est douteuse et la mort certaine.*

Si la résection de la mâchoire inférieure est peu dangereuse par elle-même, et si, d'un autre côté, on doit pratiquer l'extirpation d'un cancer quand il n'est pas trop avancé, quelle raison peut la faire

rejeter, quand une étendue plus ou moins grande de l'os maxillaire inférieur est attaquée d'ostéo sarcôme primitif ou consécutif? Je n'en vois aucune.

Cette opération, pratiquée pour la première fois en 1812, par Dupuytren, renouvelée depuis, un grand nombre de fois, par lui-même, et par une foule de praticiens français, anglais, allemands ou américains, tels que MM. Richerand, Velpeau, Gerdy, J. Cloquet, Lisfranc, Lallemand, Delpech, Gensoul, de Lyon, Græff, Mott, Randolph, etc., est une de celles dont les règles et les préceptes ne sauraient être tracés d'avance; c'est au coup d'œil et à l'habileté du chirurgien à improviser au lit du malade les procédés à adopter suivant la position et l'étendue du mal. Toutefois, M. Lisfranc résume en peu de mots les préceptes généraux qui lui sont applicables: ménager le plus de peau possible, disposer les incisions de manière à pouvoir rapprocher facilement leurs bords, opérer la réunion par des points de suture.

Supposant le cas le plus simple, celui, par exemple, d'une tumeur cancéreuse, formée dans la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur, sans adhérence avec les téguments, je vais tâcher de donner une idée du mode opératoire qu'il conviendrait d'employer; j'indiquerai ensuite sommairement les modifications principales suggérées au génie des opérateurs par l'état des parties malades.

L'appareil instrumental est à peu près celui de toutes les grandes opérations : une petite scie à manche ou à crête de coq, ou mieux la scie à chaîne de Geffret, une plaque de bois ou de carton et un bandage en fronde, en constituent la seule différence.

Le malade est assis sur une chaise ou couché sur un lit de moyenne hauteur, la tête maintenue légèrement renversée par un aide, qui doit garder une main libre pour seconder l'opérateur. Celui-ci, entouré de ses autres aides et placé en face du malade, commence, à l'aide d'un bistouri convexe, sur le milieu de la lèvre inférieure, une incision verticale qu'il prolonge en bas jusqu'à l'os hyoïde. Saisissant ensuite de la main gauche l'angle droit de la division, il le dissèque jusqu'au delà des limites de la portion dégénérée: il détache de même

le lambeau du côté gauche, lie les artères divisées, reconnaît l'étendue du mal, extrait de chaque côté la dent correspondante au point où celui-ci s'arrête, et râcle le périoste de toute la circonférence de l'os, après avoir détaché les parties molles de sa face interne jusqu'au muscle génio-glosse. Il introduit alors de bas en haut la plaque de carton ou de bois, sur laquelle il fait la section de l'os de chaque côté. Ou bien la scie à chaînette est glissée, à l'aide d'un stylet, au point de la face interne où l'os doit être scié, et par son action de dedans en dehors, ce second temps de l'opération est terminé sans commotion et sans avoir eu besoin de détacher préalablement une si grande étendue du plancher de la bouche. La séparation des parties molles s'achève avec le bistouri, en ayant soin de réserver pour la fin la section des muscles génio-glosse et de faire saisir préalablement la langue par un aide afin de prévenir la suffocation produite par sa brusque rétraction au moment où le muscle stylo-glosse cesse d'être balancé par ses antagonistes. Toutes les ligatures étant placées, les fragments osseux rapprochés et les lambeaux réappliqués par-dessus et maintenus par trois points de suture entortillée, de manière à laisser l'angle inférieur entr'ouvert, à l'aide d'une mèche, pour l'écoulement des liquides, il ne reste plus qu'à procéder au pansement, qui diffère peu de celui du bec de lièvre simple.

Deux modifications à ce procédé seront données en détail dans les observations que je citerai plus loin. M. Roux, et, à son exemple, M. Lisfranc, dans les cas où une ulcération a détruit une partie ou la totalité de la lèvre inférieure et du menton, pratiquent deux incisions verticales à partir des commissures, abattent et renversent de haut en bas la masse des tisus dégénérés, la séparent par une incision transversale sous le menton, et relèvent, par de douces tractions, le restant du lambeau jusqu'au niveau de l'arcade dentaire où ils le maintiennent par des points de suture sur les côtés. La lèvre inférieure se trouve ainsi en même temps rétablie.

Dans d'autres occasions, ces mêmes opérateurs, ayant à enlever toute une moitié latérale du corps et même de l'os entier, ont formé

un lambeau à convexité inférieure, l'ont relevé de bas en haut pendant la section et la désarticulation de l'os, et l'ont ensuite rabattu sur la perte de substance. Cet ingénieux procédé a l'avantage de prévenir les clapiers purulents, et de faire obtenir plus rapidement une cicatrice facile à dissimuler.

Une autre opération très-remarquable, et dont je regrette de ne pouvoir donner plus de détail, est celle qui fut exécutée en décembre 1832 par M. Goyrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône). Ce praticien ne recula devant aucune difficulté : la lèvre inférieure, une partie de la supérieure, une grande étendue de la joue droite désorganisées, furent enlevées et suivies de la section de l'os maxillaire inférieur et de la chéloplastie, d'après le procédé de M. Roux, de Saint-Maximin (Var). Vingt-trois jours après, le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri.

Enfin à l'exemple de M. Lallemand, de Montpellier, on a été jusquà enlever complétement l'os maxillaire inférieur.

Il est des cas moins graves où le mal, encore superficiel, peut être usé par la rugine, ou bien emporté, s'il est sur un point saillant, par de fortes tenailles, comme M. Velpeau l'a fait ces jours derniers à l'hôpital de la Charité, sur une petite fille dont le bord alvéolaire inférieur, déjà en partie désorganisé, était le siége d'une de ces tumeurs de gencives qu'on a nommées *épulies*.

Un autre mode opératoire réunit l'emploi du fer et du feu. Ainsi il est assez fréquent de voir des chirurgiens, quand toute l'épaisseur de l'os n'est pas dégénérée, exciser couche par couche la surface ulcérée, et cautériser ensuite les dernières lames altérées des tissus osseux. M. le barron Larrey a même pour principe de ne jamais extirper un cancer, sans cautériser par le fer rouge la surface saignante. On trouve dans la *Clinique chirurgicale* de ce célèbre praticien, t. II, p. 118, l'observation d'une jeune fille délivrée d'un ostéosarcôme de la mâchoire inférieure, à l'aide de l'excision suivie de plus de quarante applications du cautère actuel.

A la suite de ces diverses opérations, des chirurgiens se contentent

de recouvrir d'un linge fin la surface de la plaie réunie ou non par des points de suture. Ils surveillent ainsi plus facilement le travail de la nature, et évitent une compression et des tiraillements toujours nuisibles. Le plus grand nombre cependant panse la partie avec un linge fenêtré enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, des compresses carrées et longuettes, et une bande en fronde ou en mentonnière. Cet appareil est changé en totalité ou en partie le troisième jour, et renouvelé ensuite toutes les vingt-quatre heures, quand la suppuration s'est s'établie.

Quelques artères seulement méritent attention : ce sont, dans le premier procédé, les coronaires, les submentales, les sublinguales, quelquefois les ranines; et dans l'amputation ou la désarticulation d'une branche de l'os, la faciale et la transversale de la face; on doit les lier immédiatement. L'artère dentaire inférieure a fourni une fois une hémorrhagie à M. Græff; on l'arrêterait facilement à l'aide d'une boulette de cire ou d'une petite cheville introduite dans le canal dentaire. Quant aux autres artères voisines de la branche ou du condyle de l'os, telles que la temporale, la maxillaire interne, la dentaire inférieure avant son entrée dans le canal osseux, la carotide externe, etc., on peut facilement les éviter, si un aide instruit a le soin de les écarter et d'en marquer le trajet avec le doigt : aussi doit-on rarement avoir besoin de pratiquer, comme l'ont fait MM. Mott, Græff, Gensoul, la ligature préalable de la carotide. Si des artérioles trop enfoncées dans les chairs fournissaient un écoulement en nappe, les réfrigérants ou le cautère actuel l'arrêteraient facilement.

Quelle que soit l'opération à laquelle le malade a été soumis, il doit être mis au repos et au régime : on lui défendra dans le principe tout mouvement de la langue, si les muscles génio-glosses ont été complétement séparés de l'os, et on lui donnera à boire à l'aide d'un biberon, dont on portera le bec sur la base de cet organe. Du troisième au cinquième jour, l'inflammation survient, et s'accompagne ordinairement d'un léger mouvement fébrile; quelquefois cependant on l'a vue se compliquer d'une cérébrite mortelle; qui est à craindre surtout

dans les cas de désarticulation d'une branche de l'os, où l'on a été obligé de vider plus ou moins complétement la fosse zygomatique. Dans d'autres occasions, ce sont les phénomènes de récidive, dont je parlerai plus loin, qui se manifestent; différemment l'adhésion des lambeaux s'établit, et les surfaces à découvert suppurent, se recouvrent de bourgeons charnus, et deviennent le siége d'une cicatrice de plus en plus solide.

Une fois cette cicatrisation terminée, et du reste pendant le travail qui la précède et l'accompagne, la langue recouvre une partie de ses mouvements, la parole redevient intelligible, et la déglutition plus facile; la mastication même finit par se rétablir à mesure qu'une substance, d'abord fibreuse, puis cartilagineuse, et enfin osseuse, s'interpose entre les fragments d'os conservés et les réunit l'un à l'autre, quel que soit leur éloignement. Ce travail réparateur de la nature a été observé bien des fois, entre autres l'année dernière, à Strasbourg, sur un vieillard opéré par M. le professeur Bégin, et qui mourut quelques mois après d'une maladie aiguë. Les fragments ne formaient plus, à l'aide d'un prolongement fibreux, qu'une seule pièce qui a été déposée au cabinet d'anatomie de l'hôpital Militaire d'instruction de cette ville. Dupuytren a constaté l'existence d'une production analogue chez un homme à qui il avait enlevé une partie du corps de l'os maxillaire inférieur.

Quand la guérison a lieu, elle s'accompagne quelquefois d'une fistule salivaire. Si l'écoulement du liquide est abondant, les digestions et la nutrition en sont notablement troublées, et le marasme peut en être la conséquence

Il n'est pas rare non plus, après celles de ces opérations qui ont enlevé une moitié latérale de l'os maxillaire inférieur, de voir des paralysies de la face, résultat de la lésion inévitable du nerf facial, persister un certain temps et même toute la vie. Il en fut ainsi chez un individu opéré en 1824, à la Guadeloupe, par M. Granger, et chez un autre, opéré par M. Lisfranc en février 1835. Chez ce dernier, une portion du nerf lingual, du côté droit, fut enlevé avec la tumeur; au même

instant une vibration se fit sentir dans tout le côté correspondant de la langue; mais le goût ne fut point aboli, ce qui vient à l'appui de l'opinion émise par M. Gama, dans le *Traité des plaies de tête*, p. 151, que le nerf lingual n'est point le siége exclusif de la gustation, laquelle, dit cet auteur, résulte de l'action combinée des parties opposées de la surface buccale.

Enfin, la difformité tant redoutée est ordinairement peu considérable et nullement en rapport avec l'étendue de la perte de substance. Les saillies s'affaissent, les enfoncements se remplissent, l'ouverture buccale se régularise; toutes les parties, en un mot, tendent à se mettre en harmonie les unes avec les autres, et à concourir au rétablissement des fonctions gravement compromises de cette région de la face.

Si des échancrures trop considérables restent au devant de la bouche, lacheiloplastie, avec tous ses procédés ingénieux, vient au secours des opérés, en empruntant aux parties voisines les tissus nécessaires pour restaurer une lèvre détruite, fermer une ouverture salivaire, etc., etc. Différemment, une pièce artificielle, un menton en argent, supplée à la déperdition de substance, prévient l'écoulement de la salive, aide la mastication, la déglutition et la parole, et régularise enfin l'aspect de la physionomie.

Après l'emploi de tant de moyens, dont quelques-uns sont si durs et si cruels, si l'on était sûr d'obtenir une guérison solide, combien n'aurait-on pas à se féliciter des progrès de la chirurgie moderne! Mais, hélas! les plus tristes résultats viennent trop souvent affliger le praticien et jeter le désespoir dans l'âme des infortunés malades.

Il est des cas, en effet, où, après un temps plus ou moins éloigné de l'opération, la plaie change d'aspect et devient blafarde, ou bien la cicatrice s'excorie et se déchire, et des végétations grisâtres, bientôt suivies de douleurs lancinantes, ne tardent pas à repulluler sur ce nouvel ulcère, dont les ravages, acquérant tout à coup une rapidité désespérante, résistent souvent avec une déplorable opiniâtreté à toute espèce de tentative. On a vu ainsi se succéder des deuxième, troisième et quatrième récidives, jusqu'à l'épuisement des sujets.

La prédisposition générale ou *diathèse*, l'hérédité, la cachexie déjà établie, sont autant de causes qui pourraient expliquer cette fréquence des récidives du cancer de la mâchoire inférieure, si elle ne provenait souvent d'une désorganisation inappréciable à l'œil nu ou au toucher les plus exercés de certains tissus restés après l'extirpation.

Dans tous ces cas, des irritations produites sur la plaie ou sur la cicatrice en sont fréquemment des causes occasionnelles ou déterminantes. Ainsi, j'ai remarqué que la réunion immédiate, obtenue sans tiraillements des tissus, amenait toujours une guérison plus prompte et plus solide. De là le précepte de conserver dans la résection de l'os maxillaire inférieur le plus de téguments possible, d'éviter dans les pansements une compression trop forte, soit par les bandelettes agglutinatives, soit par les pièces d'appareil, et d'user avec réserve des topiques irritants destinés à accélérer la cicatrisation.

Cependant, avec ces récidives, tout espoir n'est pas perdu. J'ai vu à l'hôpital de la Pitié, dans la clinique de M. Lisfranc, plusieurs cas de cancers opérés, réunissant tous les caractères de la récidive, et revenus à l'état de plaie simple sous l'influence de topiques émollients et de quelques applications de sangsues renouvelées tous les trois à quatre jours. Ce professeur nous a cité dans ses leçons plusieurs autres cas de guérison après des récidives bien constatées. Tel est, dans le nombre, celui d'un militaire de l'ancienne garde, qui fut opéré d'un cancer à la face, et eut quatre récidives, dont la dernière est guérie depuis sept ans.

Le nitrate acide de mercure est employé avec avantage dans ces occasions par MM. Velpeau et J. Cloquet. Il réprime promptement les fongosités grisâtres, et rend à la plaie l'état de simplicité nécessaire à la formation d'une bonne cicatrice.

Les anciens avaient cru pouvoir s'opposer à la récidive par l'application d'un cautère ou d'un séton. Ce moyen, sans être indispensable, a l'avantage de rendre moins brusque la suppression d'une sécrétion déjà habituelle, et de remplacer par une révulsion artificielle, dont on peut diminuer ou augmenter le degré d'activité, celle qui était produite par le travail des tissus dégénérés.

On voit combien, dans le cancer de la mâchoire inférieure, lorsqu'il s'agit de se décider pour ou contre l'opération, les craintes de la récidive doivent rendre circonspect. Il ne faut s'abstenir cependant que dans les cas où les signes de cachexie générale sont bien établis.

En résumé, l'ostéo sarcôme primitif ou consécutif de l'os maxillaire inférieur présente souvent une marche rapide, et se termine toujours d'une manière funeste; ordinairement formé par de la substance squirreuse ou encéphaloïde crue, mêlée ou non à quelques autres produits morbides, il est d'un diagnostic obscur d'abord, facile ensuite, et d'un pronostic constamment très-grave; il peut se prévenir ou être guéri avant son entier développement, si l'on traite méthodiquement l'irritation ou la sub-inflammation qui lui donne naissance, l'entretient ou l'accompagne; mais il demande à être détruit par le fer ou le feu une fois qu'il est bien développé. Dans ce cas encore la crainte de la récidive arrêterait souvent l'homme de l'art, s'il n'avait présent à l'esprit le précepte de Celse : *Melius anceps quam nullum.* Il me reste, pour achever ma tâche, à donner à l'appui de ce qui précède les observations que j'ai eu occasion de recueillir dans les hôpitaux dont j'ai pu suivre les cliniques.

Ire OBSERVATION.

Le nommé Pierre Armand, habitant les environs de Metz (Moselle), âgé de soixante ans, d'un tempérament sanguin, d'une robuste constitution, vit, il y a trois ans, apparaître sur le bord libre de la lèvre inférieure droite, une verrue du volume d'un petit pois. Indolore et stationnaire pendant plusieurs mois, elle s'ulcéra enfin sous l'influence de lotions irritantes, doubla de volume, et devint le siége d'une cuisson continuelle, sourde et profonde. Le malade se décida à venir à Metz, où il fut adressé à M. Williaume, chirurgien en chef de l'hôpital Militaire d'instruction de cette ville. Ce praticien expérimenté reconnut un cancer de la lèvre inférieure, et en conseilla fortement l'ablation sans pouvoir déterminer le malade à s'y soumettre. De retour chez lui, Armand se contenta, pendant plus d'un an, de laver sa plaie avec des

décoctions émollientes ; ensuite, d'après les conseils d'un charlatan, il se remit à l'usage des topiques irritants, et dès lors l'ulcération marcha avec une rapidité effrayante ; il revint à Metz consulter M. le professeur Scoutteten, qui jugeant indispensable au premier coup d'œil la nécessité d'une grave opération, demanda et obtint son admission à l'hôpital militaire.

Armand arriva dans cet établissement le 2 juin 1835 ; l'aspect de sa physionomie était hideux ; la lèvre inférieure détruite était remplacée par une tumeur grosse comme un œuf de poule, descendant jusqu'au-dessous du menton, et couverte de végétations de couleur lie de vin, d'où s'écoulait une sanie âcre et fétide qui corrodait les parties environnantes ; les dents correspondantes étaient tombées, et leurs alvéoles affaissés se confondaient avec le bord postérieur de la tumeur ; des douleurs vives, lancinantes, continues depuis huit mois, avaient affaibli sa constitution : aucun organe cependant ne paraissait dérangé, et les ganglions du cou n'étaient nullement engorgés.

Après quelques jours de repos, l'extirpation des tissus dégénérés fut pratiquée de la manière suivante, en présence d'un grand nombre de chirurgiens de l'hôpital, de la garnison et de la ville.

Le malade ayant été placé sur une chaise, l'opérateur cerna toute la surface ulcérée par deux incisions légèrement convexes en dehors, partant des deux commissures, et venant se joindre sur la partie moyenne de l'os hyoïde. Après avoir disséqué la peau à quelques lignes de chaque côté, on put reconnaître les limites de la dégénérescence osseuse. En conséquence, la deuxième dent molaire gauche et la dent canine droite furent enlevées, et la scie à chaîne introduite de bas en haut contre la face interne de l'os, qui fut successivement scié de dedans en dehors dans les deux points correspondants. Après ce second temps de l'opération, la tumeur fut totalement séparée pendant qu'un aide retenait la langue pour éviter l'accident qui suffoqua le malade, opéré par Delpech, de Montpellier. Les ligatures des artères posées, M. Scoutteten procéda au rapprochement des fragments osseux et des parties molles : celles-ci ne purent cependant pas être affrontées, mal-

gré l'incision des commissures, prolongée jusqu'au muscle masseter pour donner plus d'extensibilité à la peau; elles furent maintenues par quatre points de suture, des compresses graduées placées sur les deux joues, et le pansement ordinaire.

A l'examen de la pièce pathologique, on a trouvé, au-dessous des végétations, un tissu squirreux qui se ramollissait en se rapprochant du centre de l'os, profondément désorganisé depuis trois lignes à droite de la symphyse jusqu'au trou mentonnier gauche.

Les suites de cette opération ont été très-heureuses. Le sixième jour, l'inflammation s'est manifestée et a parcouru avec régularité ses périodes. Les lèvres de l'incision se sont recouvertes de bourgeons charnus de bonne nature, qui, en se réunissant à ceux de la surface osseuse restée à découvert, ont régularisé la plaie et donné l'espoir d'une prompte cicatrisation. Celle-ci, retardée quelque temps par le chevauchement en haut du fragment droit, a fini par se consolider, et le sujet, qui avait repris de la vigueur, a quitté l'hôpital le 15 août suivant, conservant une légère difformité, parlant assez distinctement, et pouvant même mâcher des aliments d'une certaine consistance.

IIe OBSERVATION.

J.-D. Jacquot, canonnier garde-côte au Havre, âgé de soixante-trois ans, d'une bonne constitution, s'aperçut d'un petit bouton dur survenu sur le bord libre de la lèvre inférieure par l'effet du frottement habituel de la pipe, et qui, après être resté plusieurs mois stationnaire, finit par s'ulcérer. A la suite d'un voyage à Rouen, pendant lequel le sujet fit des excès en boisson, et passa deux nuits exposé à un froid humide intense sur le pont d'un bateau à vapeur, la petite tumeur et l'ulcération firent tout à coup de rapides progrès, et envahirent toute la lèvre inférieure, la commissure gauche et le menton. Plusieurs chirurgiens du Havre, consultés, regardèrent l'âge du malade comme une contre-indication à l'extirpation, qui aurait exigé la résection d'une partie du corps de l'os maxillaire inférieur et l'enlèvement

d'un grand nombre de ganglions déjà engorgés. Cet homme fit alors des démarches pour être envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris.

Il y arriva le 28 juillet 1836, et fut placé dans le service de M. Gama, salle 20, lit 21. L'aspect de ce malheureux avait quelque chose de repoussant. Une large et profonde ulcération, à bords épais, durs et inégalement découpés, à surface recouverte de bourgeons charnus, mollasses, d'un rose pâle, et fournissant une sanie ichoreuse abondante, remplaçait la lèvre inférieure détruite, et s'étendait à gauche au delà et au-dessus de la commissure, et en bas jusqu'au rebord inférieur de l'os maxillaire; des douleurs aiguës et lancinantes s'y faisaient sentir, et la salive s'en écoulait d'autant plus facilement que les dents correspondantes étaient successivement tombées. Les tissus sous-maxillaires, d'une couleur violacée, étaient indurés au loin, ainsi que les ganglions de la région cervicale. La langue était libre, mais la parole, la mastication et la déglutition étaient singulièrement gênées.

La même raison qui avait fait rejeter l'opération aux chirurgiens du Havre, jointe aux nouveaux progrès de la maladie, déterminèrent M. le chirurgien en chef à adopter l'emploi des palliatifs pour tout traitement. Un régime modéré, des boissons émollientes, des gargarismes, des topiques adoucissants, et des applications de huit à dix sangsues répétées tous les trois à quatre jours sur la surface ou autour de l'ulcère composèrent d'abord toute la médication : sous son influence le mal parut s'amender jusqu'au commencement de décembre. A cette époque, la violence des douleurs exigea l'emploi des opiacés à l'intérieur; l'amaigrissement fit de notables progrès; des selles en dévoiement se manifestèrent de temps à autre, et une toux assez forte, sans expectoration, s'ajouta aux tourments de ce malheureux. Malgré les émissions sanguines, l'ulcère recommença ses ravages, et un ganglion situé sur le milieu du bord postérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien fut pris d'une inflammation phlegmoneuse, s'ouvrit de lui-même et laissa s'écouler une grande quantité d'un pus mal lié, et mêlé à des flocons putrilagineux, par une ouverture qui, s'agrandis-

sant de jour en jour, finit par acquérir tous les caractères de l'ulcère cancéreux.

A tant de maux vinrent se joindre des accès fébriles irréguliers, qu'on essaya vainement de combattre avec le sulfate de quinine ; des phénomènes de suffocation, dont un fut sur le point d'exiger la trachéotomie, mais céda heureusement à une saignée préalable de dix onces, accompagnée d'une application de vingt sangsues au cou ; des selles abondantes avec coliques et borborygmes, et enfin des douleurs d'une violence extrême, qui, s'irradiant par toute la tête, le dos et le bras gauche, n'ont laissé à cet infortuné aucun instant de repos jusqu'au 22 décembre, où la mort est venue mettre un terme à ses souffrances.

Autopsie. — Traces d'engorgement, d'induration et d'inflammation dans tous les tissus et ganglions lymphatiques voisins de l'os maxillaire inférieur. État squirreux du tissu immédiatement sous-jacent aux végétations de l'ulcère du menton, à une profondeur de deux lignes, où une lame irrégulière, friable comme la surface d'une portion d'os cariée, le sépare de la table interne, non dégénérée, mais augmentée de volume jusqu'aux branches. Dégénérescence squirreuse et lardacée des glandes sublinguales et maxillaires, du tissu cellulaire qui les unit, et d'une portion des muscles milo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, génio-glosses, etc... qui les avoisinent.—Endurcissement de la lèvre supérieure et de la joue gauche détruites en partie, surtout à leur face interne où l'ulcère a gagné en haut l'aile du nez et en dehors l'orifice du conduit de Sténon.—État sain de la langue, du pharynx, de l'œsophage, et du larynx dont les cartilages sont ossifiés.—Vaste foyer purulent dans le tissu cellulaire interposé entre les muscles long du cou, scalènes, trapèze et sterno-mastoïdien du côté droit, décolorés, et comme macérés par le pus qui s'est écoulé en abondante quantité.

Rien de particulier dans le cerveau.—Quelques adhérences seulement entre les plèvres costale et pulmonaire du côté gauche, avec légère rougeur de la muqueuse des bronches des deux côtés.—Amincissement en certains points, des parois de l'intestin grêle distendu par des gaz-

—Quelques ulcérations çà et là sur la muqueuse du gros intestin.—État normal des ganglions mésentériques, du foie, de la rate, des reins et de la vessie. — Voulant enfin m'assurer si la cachexie cancéreuse avait altéré le tissu osseux, j'ai essayé de fracturer l'humérus droit; je n'y suis parvenu qu'avec l'aide de quelqu'un.

IIIe OBSERVATION.

Le 15 décembre dernier, entra à l'hôpital de la Charité, dans la clinique de M. Velpeau, salle Sainte-Catherine, lit n° 40, un jeune homme habitant la campagne, âgé de dix-sept ans, d'une forte constitution et d'une haute stature.

Dès l'âge de douze ans, il avait été pris d'une diarrhée sans coliques qui dura un jour seulement, reparut le mois suivant, pour cesser de la même manière, et revenir ainsi périodiquement chaque mois jusqu'au commencement de l'année 1836; à cette époque, il est survenu, sur le côté droit de la mâchoire inférieure, une petite tumeur, d'abord mobile, puis adhérente, et qui a augmenté peu à peu de volume, au point d'envahir tout le menton, en même temps que des douleurs intermittentes, puis aiguës et lancinantes s'y sont fait sentir.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, cette tumeur offre la grosseur d'une tête de fœtus de six mois, et se prolongea en arrière jusqu'auprès de l'angle de la mâchoire, et en bas, jusqu'à l'os hyoïde. La peau adhérente et d'une teinte rouge livide, avec commencement d'excoriation au centre, est encore mobile et saine à la circonférence. La langue, les parois buccales, les dents, la lèvre inférieure et les parties molles environnantes sont en bon état; les ganglions lymphatiques ne sont le siége d'aucune altération, et la santé générale est parfaite. M. Velpeau diagnostique une tumeur cancéreuse, et en propose l'extirpation, qui est pratiquée le 21 du même mois.

Le malade est couché sur un lit; la tête maintenue sur un oreiller par un aide. L'opérateur circonscrit la tumeur par trois incisions : deux latérales à convexité externe partant du rebord inférieur de l'os

maxillaire, se joignent sur la ligne médiane au-dessous de l'os hyoïde, et sont réunies en haut par la troisième qui passe sur le bord adhérent de la lèvre inférieure. L'os ne participant à la dégénérescence que par son apophyse du menton, celle-ci est abattue d'un trait de scie horizontal, et la dissection du reste de la tumeur est promptement achevée malgré les mouvements continuels de la mâchoire déterminés par les plaintes et les cris du patient. L'on a ainsi une vaste plaie de forme quadrilatère, dont les vaisseaux ont été liés immédiatement après leur division. Trois points de suture appliqués aux angles inférieurs et externes en diminuent singulièrement l'étendue sans en changer la forme, et le pansement est effectué comme à l'ordinaire.

La tumeur enlevée se trouve entièrement composée de tissu encéphaloïde à l'état de crudité. L'apophyse du menton, saine à la surface où a porté le trait de scie, est confondue avec elle dans sa partie centrale, et se continue avec son tissu par des inégalités friables d'apparence cariée. La partie de tégument dont elle est recouverte est entièrement dégénérée au centre, mais elle devient mobile et inaltérée en se rapprochant de la circonférence.

L'état du malade est satisfaisant dans les premiers jours qui suivent l'opération. L'inflammation, survenue le troisième jour, se maintient dans les limites nécessaires pour une bonne cicatrisation. Mais dans le commencement de janvier, il survient une toux assez forte, accompagnée de douleurs thoraciques, auxquelles on oppose des révulsifs cutanés. Le 12, la surface de la plaie est pâle, blafarde et très-sensible. Des végétations grisâtres s'y montrent çà et là; le lendemain on les cautérise avec le nitrate acide de mercure, et l'on panse avec des plumasseaux de styrax. Cependant, les symptômes thoraciques s'aggravent; les sueurs nocturnes et le dévoiement se manifestent; et la mort, arrivée le 18 janvier, termine ces tristes résultats d'une opération pratiquée sous un pronostic des plus favorables.

Autopsie. — Divers points nécrosés sur le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur; épanchement séro-albumineux dans la cavité

gauche du thorax, comprimant le poumon, qui semble macéré dans le liquide, et contient dans son parenchyme plusieurs masses plus ou moins avancées de matière encéphaloïde; large plaque sur la surface du poumon droit, recouvrant une tumeur encéphaloïde ramollie, de la grosseur d'un œuf de poule.— Rien à noter dans l'abdomen ni dans le crâne.

Réflexions. — L'examen comparatif de ces trois observations n'est pas sans intérêt.

Quel contraste, en effet, entre l'âge avancé des deux premiers malades et la jeunesse du troisième! Cette diarrhée périodique qui, chez ce dernier, cesse dès l'apparition de la tumeur, est-elle pour quelque chose dans l'origine du mal? Sa suppression en est-elle cause, ou effet? Ce sont des questions difficiles à résoudre. Chez ces trois individus, le cancer de la mâchoire inférieure est consécutif; mais il succède à l'ulcération de la lèvre inférieure, dans les deux premiers cas, et à une tumeur des parties molles dans le troisième. Chez tous, les progrès acquièrent une grande rapidité, dès que le mal envahit le tissu osseux. Cela vient à l'appui de ce que j'ai avancé sur la fréquence de l'osteo-sarcôme consécutif, ayant débuté par la lèvre inférieure, et sur le changement funeste qui s'opère dans sa marche, une fois que l'os est attaqué.

Si le diagnostic n'a offert du doute pour aucun de ces trois malades, dans quelle déplorable erreur n'est-on pas tombé, pour le pronostic du troisième, malgré l'examen le plus minutieux de tous les viscères! Aurait-on jamais pensé, en voyant l'état du vieillard de Metz, et celui du jeune homme de la Charité, que le premier sortirait sain et sauf d'une opération mortelle pour le second? Enfin, l'autopsie du n° 2 semble encore venue là pour se jouer des prévisions de l'art. Les organes offrent seulement quelques traces d'altérations indépendantes de l'affection cancéreuse, et l'existence d'un foyer purulent explique les accidents de suffocation, attribués à de profondes désorganisations. Combien n'est-il pas à regretter que ce malheureux soit arrivé à l'hôpital quand l'étendue locale du mal rendait toute opération impos-

sible ! Voilà donc, d'un côté, un individu âgé, soupçonné d'être atteint d'altérations organiques, et qui n'en présente aucune; et de l'autre, un jeune homme brillant de santé, mais porteur de dégénérescences profondes. Que conclure de là, sinon qu'on ne peut jamais se prononcer sur l'existence de désorganisations cancéreuses internes, assez avancées pour contre-indiquer l'opération. Qu'il me soit donc permis de le répéter en terminant : tout cancer de la mâchoire inférieure, qui n'aura pas étendu localement ses ravages, au point de ne plus autoriser aucune des opérations dont j'ai parlé, ni assez influé sur les principaux viscères, pour rendre nul tout espoir de rétablissement, devra être extirpé; car il y aura toujours au moins doute sur les chances de la récidive ; et dans le doute, c'est ici le cas, non pas de s'abstenir, mais d'agir.

PROPOSITIONS ET APHORISMES.

I.

Dans le traitement des arthrites traumatiques, les topiques émollients après les émissions sanguines locales, sont plus nuisibles qu'utiles, en entretenant la laxité des tissus, et favorisant la congestion des vaisseaux capillaires. La compression méthodique dont le mode d'action est tout opposé, est bien préférable.

II.

Dans la dernière période des affections typhoïdes, ce mouvement automatique par lequel le malade tient constammemt ses mains sur les parties génitales, et les y reporte quand on les en écarte, est un signe de lésion idiopathique ou sympathique du cervelet.

III.

Le *porte-râpe* de M. Desruelles, employé depuis huit mois, avec

succès au Val-de-Grâce, contre les rétrécissements de l'urètre, offre, entre autres avantages, celui de rendre immédiatement possible l'émission des urines, et d'amener en peu de jours une guérison solide.

IV.

Le médecin, dans le traitement des maladies, doit toujours employer les moyens les plus simples, les plus courts, les plus efficaces, les moins coûteux et les plus faciles à se procurer.

V.

Ubi stimulus ibi fluxus.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum.

VII.

Contraria contrariis curantur.

VIII.

Aux grands maux les grands remèdes.